

**Universidad de Zaragoza**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Curso Adaptación a Grado en Enfermería**

Curso Académico 2013 / 2014

TRABAJO FIN DE GRADO

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD A CUIDADORES EN EL  
SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS PEDIÁTRICAS**

Autor/a: Eva Benito Ruiz  
Tutor/a: Elena Altarribas Bolsa

## ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción .....	5
3. Objetivos .....	9
4. Metodología:	
4.1 Planificación del proyecto: Diagrama de Gantt.....	10
4.2 Búsqueda bibliográfica .....	11
4.3 Diseño del estudio .....	12
4.4 Ámbito.....	12
4.5 Sujetos del estudio.....	12
4.6 Declaración de intereses .....	12
5. Desarrollo:	
5.1 Determinación de los objetivos del programa.....	13
5.2 Valoración del estado de salud y determinación de necesidades.	13
5.3 Estimación de los recursos disponibles.....	14
5.4 Establecimiento de prioridades.....	15
5.5 Asignación de recursos necesarios para realizar las actividades..	15
5.6 Difusión del programa .....	16
5.7 Determinación de las actividades y elección de la metodología de intervención.....	17
5.8 Fases del programa .....	18
5.9. Evaluación del programa.....	19
5.10 Implementación y desarrollo.....	21
6. Conclusiones .....	25
7. Bibliografía .....	27
8. Anexos:	
Anexo I: Encuesta de satisfacción al cuidador .....	32
Anexo II: Recomendaciones al alta: La Fiebre .....	33
Anexo III: Recomendaciones al alta: Dolores de cabeza .....	36
Anexo IV: Recomendaciones al alta: Prevención de Intoxicaciones...	40
Anexo V: Recomendaciones al alta: del Síndrome Febril .....	43
Anexo VI: Recomendaciones al alta: Bronquiolitis .....	43
Anexo VII: Recomendaciones al alta: Técnica de utilización de una cámara de inhalación .....	45
Anexo VIII: Recomendaciones al alta: Vigilancia y cuidados de vendajes y escayolas .....	46

## 1. RESUMEN

**Objetivos:** El objetivo principal del trabajo ha consistido en diseñar un programa de Educación para la Salud dirigido a cuidadores de población pediátrica del Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet de Zaragoza con el fin de mejorar conocimientos y habilidades en los principales problemas de salud de los niños así como disminuir la demanda de urgencias.

**Metodología:** Fue necesario realizar una planificación mediante un Diagrama de Gantt y una búsqueda bibliográfica a través de bases de datos y páginas web.

**Desarrollo:** La oportunidad de mejora identificada se relaciona con la posibilidad de utilizar los tiempos de espera en el Servicio de Urgencias para desarrollar un programa de educación para la salud. Tras la descripción del problema, se plantean diferentes actividades de mejora y se recurre a la construcción de unos vídeos divulgativos que se proyectarán en la sala de espera que permitan adquirir información sobre problemas de salud de los niños. Así como la entrega de recomendaciones al alta documentadas.

**Conclusiones:** Este programa de educación para la salud se centra en mejorar los conocimientos sobre los principales problemas de salud que consultan los cuidadores en el Servicio de Urgencias Pediátricas. Como personal sanitario, debemos darle mucha más importancia a la educación para la salud. El trabajo multidisciplinar y utilizar guías prácticas de trabajo unificadas mejoraría la prevención y control de enfermedades.

**Palabras clave:** programa educación para la salud, cuidadores, Servicio de Urgencias.

## ABSTRACT

**Objectives:** The main objective of this work has been to design a program of health education aimed at caregivers of pediatric Emergency Department of the Hospital Miguel Servet in Zaragoza in order to improve knowledge and skills in the major health problems of children and as decreasing the demand urgent.

**Methodology:** It was necessary planning through a Gantt chart and a literature search through databases and websites.

**Development:** The opportunity for improvement identified relates to the possibility of using waiting times in the Emergency Department to develop a program of health education. After the description of the problem, different improvement activities are presented and are used to build some informative videos to be screened in the waiting room to allow acquiring information about health problems of children. As well as delivering the highest documented recommendations.

**Conclusions:** This program of health education focuses on improving knowledge of major health problems consult carers in the Pediatric Emergency Service. As health workers, we must give more importance to education to health. The multidisciplinary work and use unified work practice guidelines improve the prevention and control of diseases.

**Keywords:** Health education, caregivers, Emergency Service program

## 2. INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios representan, en muchas ocasiones, el primer contacto de los pacientes con el sistema sanitario. Desde su creación, existe un aumento progresivo de la demanda convirtiéndolo en una de los servicios más importantes y complejos de los hospitales. Este fenómeno de sobrecarga asistencial también es común en la edad pediátrica, a pesar de la menor prevalencia de procesos graves, del descenso de la edad pediátrica de la población atendida (1, 2).

Las causas que han originado este aumento de la demanda de los Servicios de Urgencias Hospitalarios son múltiples: el incremento demográfico; el desarrollo de la sanidad pública; el nivel educacional de la población (3) que condiciona un cambio en la percepción subjetiva de gravedad, la ansiedad de familiares y pacientes por una respuesta inmediata a sus demandas asistenciales, así como la falta de educación sanitaria y la existencia de una cultura hospitalocéntrica sin conciencia del coste y con alto grado de exigencia, que conllevan al uso sustitutivo de los servicios de urgencias primarios, para evitar demoras en otros niveles asistenciales, sin acudir previamente a los servicios de urgencias extrahospitalarios donde deberían atenderse las patologías banales (4, 5, 6).

Los Servicios de Urgencias de los Hospitales corresponden a centros de atención de alta complejidad médica que no presentan restricciones de entrada a los usuarios. Es por esta razón que muchas de estas consultas no corresponden a problemas con riesgo significativo para la salud y por lo tanto, tampoco requieren la atención inmediata otorgada en los servicios de urgencia. En varios estudios se ha determinado que existe un alto porcentaje de inadecuación de consultas de urgencia (7, 8).

Es un hecho evidente, las unidades de urgencias ubicadas en los hospitales no atienden sólo emergencias pediátricas, sino que cada vez es mayor el número de niños que consultan con procesos con una sintomatología de muy corta evolución, los que acuden en busca de una segunda opinión médica o simplemente niños con síntomas que generan preocupación en la

familia. La mayoría de las patologías que motivan estas visitas al especialista son de características banales, y muchas veces sirven para tranquilizar a los padres más que para sanar al hijo (9). Estos casos, pueden tener implicaciones en la calidad asistencial, así como demorar la atención a pacientes con riesgo vital y pueden repercutir en el buen funcionamiento del resto del hospital (10). La urgencia pediátrica representa uno de los servicios asistenciales más importantes al que son remitidos niños con problemas muy variables y que por tanto tienen que ser priorizados y catalogados.

Existe un incremento experimentado en la demanda asistencial en determinadas bandas horarias que no permite atender a todos los usuarios de forma inmediata a su llegada al Servicio de Urgencias Hospitalario. Esto, ha provocado cambios estructurales en la organización de las unidades de urgencias de pediatría hospitalarias estableciendo áreas de priorización asistencial (triage), donde se establece con el paciente un primer contacto inmediato al ingreso, y deben considerar valorar criterios de ordenación, prioridad, eficacia y eficiencia del trabajo asistencial (11, 12, 13, 14). Se entiende por triage la función de clasificación de los enfermos que acuden a un Servicio de Urgencias Hospitalario –antes de que reciban prestación asistencial– siguiendo criterios de gravedad clínica que permitan diferenciar lo realmente urgente de lo que no lo es.

El triage en un primer momento consiste en una breve evaluación clínica, la cual determina el tiempo y la secuencia en la que el paciente será atendido, ya sea en el ámbito prehospitalario o en el ambiente del servicio de urgencias (15). Una correcta clasificación evita los tiempos de espera prolongados para las urgencias reales en perjuicio de las patologías banales, permitiendo una actuación más eficaz y adecuada. Los tiempos de espera en los Servicios de Urgencia Hospitalario se vienen utilizando como medida de control de calidad y en ellos influyen los recursos humanos, materiales y organizativos del propio Servicio (16). Estos minutos de espera son reconocidos como “tiempo muerto”, y en muchas ocasiones van acompañados de aumento de ansiedad en el paciente y sus acompañantes (17, 18,19, 20).

Durante el año 2013, en el Servicio de Urgencias de Hospital Infantil del Hospital Universitario Miguel Servet, se registraron 44.742 urgencias a través del aplicativo de Historia Clínica Electrónica de Urgencias PCH. Con un promedio diario de urgencias atendidas de 122,25 pacientes y una permanencia media en el servicio de urgencias de 1,59 horas. Se observa un incremento de la actividad en los meses de invierno siendo el mes de enero el que se registró el mayor número de urgencias atendidas.

En cuanto a la distribución de las urgencias atendidas según los días de la semana en el hospital infantil se observa que no es uniforme ya que sufre un incremento asistencial importante en los días no laborables y fines de semana.

En cuanto a los diagnósticos al alta, la patología respiratoria se sitúa en el grupo mayoritario con un 35,5% de las consultas, seguido de patología traumática con un 20,2%, patología digestiva con un 14,6%, patología neurológica con un 11,1% y síndrome febril sin foco un 5,3%. La fiebre sin foco es el 15,6% de los motivos de consulta de los pacientes. Dichos datos se asemejan a varios estudios de otros servicios de urgencias pediátricas de otras comunidades (21, 22, 23).

En cuanto a los tiempos de espera que manejamos en el Hospital Infantil, según las bases de datos anteriormente mencionadas, el tiempo medio de demora para el triage se trata de 8,35 minutos, de primera asistencia de 24,66 minutos y el tiempo de permanencia media en el servicio de urgencias es de 1,59 horas.

El profesional sanitario, debido a la gran variedad, trascendencia y cantidad de problemas que debe resolver a lo largo de su jornada laboral. Experimenta una sensación disminuida de la duración del tiempo, lo que contrasta con la percepción desarrollada por sus pacientes (24, 25). Es posible que acotar los tiempos de espera pudiera aliviar el sufrimiento (26), al indicar una hora concreta, controlable por el paciente y una información adecuada, que venza la incertidumbre y la ansiedad.

El tiempo de espera puede influir en la satisfacción del paciente modulada por múltiples determinantes como la información, la educación al paciente, posibles causas de retrasos en la asistencia, la prioridad de los enfermos, etc (27, 28).

Es por estas razones por las que se considera pertinente desarrollar un programa de educación para la salud para los cuidadores de pacientes pediátricos que acuden al servicio de urgencias hospitalarias.



### **3. OBJETIVOS**

#### OBJETIVO GENERAL

- Diseñar un programa de Educación para la Salud dirigido a cuidadores de población pediátrica del Servicio de Urgencias del Hospital Miguel Servet de Zaragoza.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

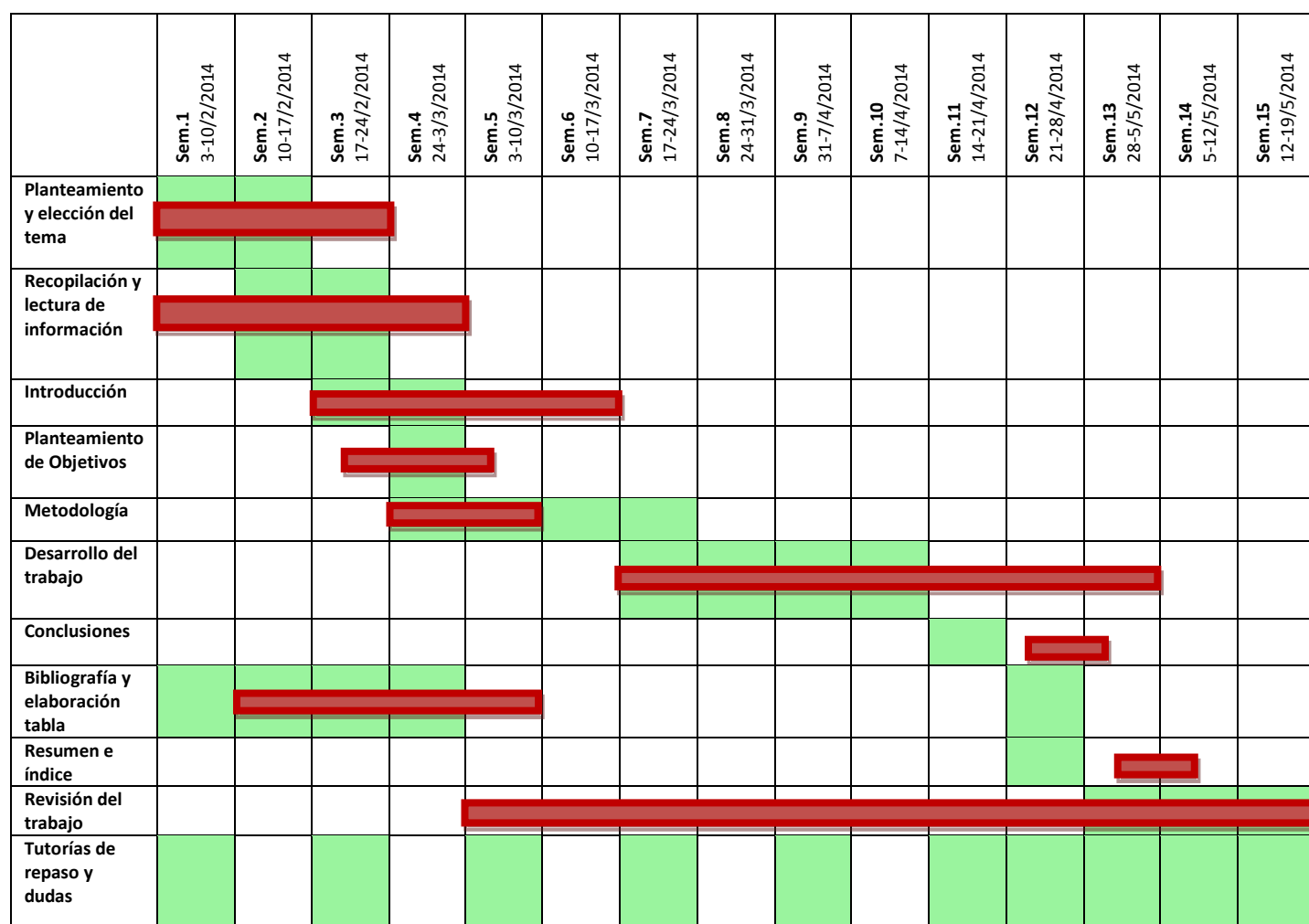
- Mejorar los conocimientos y habilidades de los cuidadores de los niños que acuden al Servicio de Urgencias.
- Disminuir la ansiedad de los cuidadores mientras permanecen en la sala de espera del Servicio de urgencias.
- Mejorar la satisfacción de los cuidadores con el servicio prestado.
- Disminuir la demanda asistencial por patologías banales en el Servicio de Urgencias hospitalario.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO: DIAGRAMA DE GANTT

Para la planificación del proyecto se elaboró un Diagrama de Gantt en el que en color verde se especifica el tiempo planeado inicialmente para la elaboración de cada parte del proyecto, y en rojo el total del tiempo empleado finalmente.

**Gráfico 1. Diagrama de Gantt**



## 4.2. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en las siguientes bases de datos.

**Tabla 1. Bases de datos**

FUENTES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	FILTROS	Nº ARTÍCULOS ENCONTRADOS	Nº ARTÍCULOS UTILIZADOS	BIBLIOGRAFÍA
PUBMED	Childhood prevention program	10 years, free full text available, Humans, Systematic Reviews	13	1	1
	frequent emergency department users	10 years, free full text available	94	6	3, 4, 7, 8, 9, 22
	Triage systems	10 years, free full text available, humans	170	2	14, 21
DIALNET	Promoción y prevención infantil		47	8	27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35
	Información al usuario		37	2	16, 24
ELSEVIER	Urgencias pediátricas	Artículos, Revistas: Anales de Pediatría, Pediatría, Medicina, Ciencias de la Salud	253	5	2, 5, 6, 10, 15
GOOGLE	Tiempos de espera en urgencias			6	11, 12, 13, 19, 26, 32
	Educación sala espera urgencias			2	23, 25
	Demora asistencial y control de calidad			3	17, 18, 20
	Programas de salud			3	36, 37, 38

#### 4.3. DISEÑO DEL ESTUDIO.

El diseño del estudio se corresponde con un programa de educación para la salud.

El objetivo principal de un programa de educación para la salud es mejorar la calidad de vida de los ciudadanos a los que va dirigido, tal y como considera la OMS, es prioritario fomentar la educación sanitaria con el fin de comprometer a toda la sociedad mediante programas encaminados a mejorar la formación del individuo y los colectivos en materia sanitaria (29, 30).

#### 4.4. ÁMBITO

El estudio se desarrolla en Zaragoza, en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario Miguel Servet.

#### 4.5. SUJETOS DE ESTUDIO

La población a la que va dirigido es a los cuidadores de los niños que acuden al Servicio de Urgencias, ya que son ellos los encargados de la salud de sus hijos o niños que tienen a su cargo, por considerarse la principal red de apoyo.

#### 4.6. DECLARACIÓN DE INTERESES

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses en la realización del trabajo de fin de carrera.

## 5. DESARROLLO

Etapas del programa de educación para la salud:

### 5.1. DETERMINACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE SALUD

Los objetivos de este programa de educación para la salud del Servicio de Urgencias Pediátrico son:

- 1) Mejorar los conocimientos y habilidades de los cuidadores de los niños sobre los problemas de salud más frecuentes en los niños (fiebre, tos, vómitos, diarreas, etc.), hábitos saludables (alimentación en el niño, lavado de manos, prevención de accidentes, etc) así como del funcionamiento de los servicios de urgencias pediátricas;
- 2) Disminuir la ansiedad de los cuidadores a través de la información;
- 3) Evitar complicaciones clínicas en los niños.

### 5.2. VALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y DETERMINACIÓN DE NECESIDADES

Para llevar a cabo el programa de educación para la salud es necesario conocer los principales motivos de consulta por los que los pacientes acuden al Servicio de Urgencias y qué temas podríamos desarrollar dentro de nuestro programa de salud.

En el caso de las Urgencias Pediátricas del Hospital Miguel Servet, la patología respiratoria se sitúa en el grupo mayoritario con un 35,5% de las consultas, seguido de patología traumática con un 20,2%, patología digestiva con un 14,6%, patología neurológica con un 11,1% y síndrome febril sin foco un 5,3%. La fiebre sin foco es el 15,6% de los motivos de consulta de los pacientes.

El 93% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias acuden por voluntad propia, tan solo el 1,7% consta como derivación desde atención primaria. Y en cuanto a la edad de los niños que acuden a urgencias observamos que el 47% de los pacientes atendidos tienen menos de 3 años. El 77,50% son de nacionalidad española y el 53 % de los pacientes atendidos se les clasificó en el triage con un nivel IV (los niveles IV y V se corresponden en el triage con banalidades).

La adecuada información y asesoramiento posibilitan una mejor atención al niño al favorecer la prevención de situaciones problemáticas y disminuyendo el grado de ansiedad de los padres ante la aparición de incidentes/urgencias diarias en la vida cotidiana (crisis epilépticas, problemas respiratorios o comportamientos disruptivos) y su resolución de modo más eficaz.

### 5.3. ESTIMACIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES PARA MEJORAR EL ESTADO DESALUD Y SATISFACER LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES Y CUIDADORES

Se dispone de personal de Medicina (Adjuntos y Residentes) y Enfermería (Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Residentes de Enfermería Pediátrica, estudiantes de Enfermería y Supervisora de Enfermería), una sala de espera próxima al Servicio de Urgencias y un servicio de informática encargado del mantenimiento del programa vinculado al trabajo en el propio servicio.

- SALUD: Es el Servicio Aragonés de Salud, organismo encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas en la Comunidad Autónoma de Aragón, por lo que es el organismo principal en el que se apoya este programa de educación para la salud, utilizando sus salas, ordenadores, personal, etc.

#### 5.4. ESTABLECIMIENTO DE LAS PRIORIDADES

La educación para la salud forma parte indiscutible del proceso formativo de las personas y en la calidad de vida de un territorio. Los programas de prevención y educación sanitaria tienen como fin fomentar y proteger la salud y deben realizarse en el medio en que las personas se desenvuelven; siendo los propios Servicios de Urgencias lugar idóneo y adecuado para realizarlo.

La razón por la que se ha elegido el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Miguel Servet es por ser mi propio centro de trabajo con el fin de llevar a cabo una línea de mejora en el mismo. Se trata de un Hospital de referencia para la población pediátrica de Aragón, Navarra, Soria y La Rioja que atiende alrededor de 45000 urgencias al año.

El programa de educación para la salud se centrará en los principales motivos de consulta por los que acuden los pacientes a urgencias, manejo y funcionamiento del propio servicio, cuidados y recomendaciones básicas de salud.

Por su afluencia, se valorará el desarrollo de dicho programa durante los fines de semana y en horario de tarde al haber observado, según los datos previamente mencionados en la introducción, el incremento del número de urgencias en dicho horario.

Por otro lado, tal y como plantean los autores Hua y Vormfelde, no es suficiente el aporte de información escrita, es necesario aportar la información de manera más directa con vídeos explicativos y ayuda de los profesionales de enfermería (36).

#### 5.5. ASIGNACIÓN DE RECURSOS NECESARIOS PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES

Los recursos humanos de los que se dispone para llevar a cabo el programa de salud se corresponden en primer lugar con el personal propio de la

unidad. El Servicio de Urgencias consta de 4 médicos adjuntos en horario de mañana y tarde, 4 residentes de Pediatría que realizan turnos de 24 horas presenciales y por las tardes (a partir de las 15h) un residente de Medicina de Familia y Comunitaria en turno de 17 horas. En cuanto al personal de Enfermería, dispone de 20 enfermeras en turno rotatorio de mañana, tarde y noche; 15 auxiliares de Enfermería en turno rotatorio de mañana, tarde y noche y una Supervisora de Enfermería en horario de mañanas. Los celadores que disponen se comparten con el resto del Hospital Infantil.

El personal sanitario tiene y, es consciente de ello, un importante papel en la prevención de la enfermedad, educación sanitaria, información y promoción de hábitos saludables.

Además, los recursos materiales de los que se dispone son de la sala de espera del servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Miguel Servet de aproximadamente 40 m<sup>2</sup>. Para el desarrollo del programa, se necesitarán dos pantallas de plasma para proyectar los vídeos informativos así como de espacios donde colocar algún pósters divulgativos para completar el programa. Se creará un soporte informático donde estarán colgados los vídeos divulgativos para poder elegir la forma de proyectarlos con la idea de según las necesidades proyectar unos u otros. Dicho soporte se podrá ver desde cualquier ordenador disponible en el servicio de Urgencias.

El Hospital Miguel Servet cuenta con un servicio de Intranet. Se trata de una red de informática institucional dentro del propio hospital que permite la comunicación y consulta de todo tipo de archivos, informes e información (informes de alta, pruebas complementarias, etc) desde todos los dispositivos de SALUD (Equipos de Atención Primaria, Unidades Asistenciales, Laboratorios, etc).

## 5.6. DIFUSIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Se realizarán dos tipos de difusiones:



1) Difusión local: Se enviará un correo electrónico a todos los profesionales del Servicio de Urgencias previo a la implantación del programa de salud donde se explicarán los objetivos del programa y su utilidad. A su vez se solicitará su colaboración para la participación en dicho programa.

2) Difusión general: Se comunicará a todos los profesionales del hospital así como a los profesionales de Atención Primaria del Sector Zaragoza II, mediante el correo corporativo con el fin de que todos ellos conozcan el programa que se está realizando, facilitar su implantación y la continuidad de los cuidados.

#### 5.7. DETERMINACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y ELECCIÓN DE LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

Para la realización del programa de educación para la salud *previamente* en el servicio de urgencias se realizará:

- 1) Selección del personal que elaborará el programa de educación para la salud. Elección de representantes de cada categoría profesional.
- 2) Identificación multidisciplinar de los problemas de salud por los que se producen más demandas en la atención de urgencias.
- 3) Descripción de cada problema de salud, posibles causas que lo produzcan y homogenización del modo de actuación entre los profesionales.
- 4) Búsqueda de evidencia científica e ilustraciones pertinentes para complementar los temas a desarrollar: fotografías, vídeos explicativos y música.
- 5) Elaboración de un breve vídeo ilustrativo con cada uno de los problemas de salud identificados.

- 6) Elección de franja horaria en la que sería adecuada la presentación en la sala de espera del servicio de urgencias.
- 7) Elaboración de un breve cuestionario de satisfacción que se utilizará para la posterior evaluación del programa.

En las diferentes sesiones del programa de educación para la salud realizaremos las siguientes actividades:

- 1) Explicación teórica durante 10 minutos de los síntomas más frecuentes en el niño, causas que lo producen, cuidados que deben realizarse (se utilizarán ejemplos prácticos).
- 2) Una enfermera y auxiliar de enfermería resolverá dudas a las preguntas que realicen los cuidadores,
- 3) Tras cada sesión se repartirá material asociado a lo expuesto,
- 4) Se les explicará que a los 7 días se les realizará una encuesta telefónica con el objetivo de evaluar los conocimientos adquiridos y su grado de satisfacción.

#### 5.8. FASES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El programa de educación para la salud constará de dos fases: una dirigida a los profesionales y otra a los cuidadores.

1ª FASE	2ª FASE
Profesionales sanitarios	Cuidadores de pacientes que acuden al servicio de Urgencias

Una primera fase estará dirigida a los profesionales tanto de Medicina (adjuntos y residentes) como de Enfermería (enfermeras, auxiliares,

residentes y estudiantes) que serán los encargados de elaborar dicho programa siguiendo con las actividades mencionadas en el apartado anterior. Cada categoría profesional tendrá sus representantes en dicho programa que serán los encargados de una puesta en común.

Una segunda fase irá dirigida a los cuidadores principales de los usuarios del servicio de Urgencias. Esta fase a su vez la dividiremos en dos partes: la primera correspondiente a la ejecución de dicho programa en la sala de espera del Hospital. La segunda parte corresponderá con la entrega de una serie de recomendaciones al alta hospitalaria en forma de díptico con los conceptos más importantes sobre el diagnóstico del motivo de consulta.

#### 5.9. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La evaluación de este programa de salud se llevará a cabo una semana después de haber sido atendidos los pacientes en el servicio de Urgencias.

Se les realizará una encuesta telefónica en la que se evaluarán los conocimientos adquiridos y la satisfacción con el programa de educación para la salud.

Como **indicador de evaluación** elegiremos la satisfacción con la información adquirida. Lo que se pretende al evaluar la satisfacción del usuario es valorar objetivamente la percepción de los usuarios sobre el conjunto del servicio y utilizar esta información posteriormente para mejorar el rendimiento en aquellas áreas que contribuyen más a aumentar la satisfacción del usuario, incluida la coordinación con el titular del servicio y otras partes implicadas, según proceda.

Además evaluaremos sistemáticamente otros indicadores que se analizan en el Servicio de Urgencias como la demanda, número de pacientes atendidos y motivos de consulta.

**Tabla 2. Indicador de evaluación**

<b>Indicador: Grado de Satisfacción del cuidador con el Programa de Educación para la salud</b>	
<b>Dimensión:</b> Satisfacción	
<b>Descripción:</b> <u>Numerador:</u> N° de cuidadores con un grado de satisfacción de 4 y 5 con la información adquirida en el programa de Educación para la salud implantado en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Miguel Servet. <u>Denominador:</u> N° total de cuidadores atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Miguel Servet.	
<b>Justificación:</b> Es importante medir la satisfacción con la información obtenida para que adquirir conocimientos, contribuir a disminuir la demanda así como mejorar la gestión del Servicio de Urgencias.	
<b>Aclaración de términos:</b> Satisfacción: Complacencia del usuario (en función de sus expectativas) por el servicio recibido y la del trabajador de salud por las condiciones en las cuales brinda el servicio Para valorar el grado de satisfacción con la información se utiliza una escala tipo likert del 1 al 5, considerándose óptimo la puntuación de 4 y 5. Satisfacción del cuidador (ANEXO I: Encuesta de satisfacción al cuidador)	
<b>Fuente:</b> La encuesta telefónica se realizará 7 días después de acudir al Servicio de Urgencias.	

<b>Responsable de Recogida:</b> Equipo de mejora de calidad del Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Miguel Servet	<b>Frecuencia de Recogida:</b> 4 días después de su estancia en el Servicio de Urgencias durante 3 meses.
<b>Tipo de Indicador:</b> Indicador de resultado.	
<b>Estándar:</b> > del 90%	

## 5.10. IMPLEMENTACIÓN Y DESARROLLO

### 1ª FASE: PROFESIONALES SANITARIOS

**Tabla 3. Implementación y desarrollo PROFESIONALES SANITARIOS**

Dirigido a:		PROFESIONALES SANITARIOS	
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES / TÉCNICA	TIEMPO
1ª SESIÓN	Seleccionar al personal que elaborará el programa y el que estará presente durante la ejecución	Se valorarán posibles voluntarios	1 hora
		Cada profesional realizará una exposición de qué puede aportar al programa	
		Se elegirá un representante de cada categoría profesional: Médico, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Celador, Auxiliar Administrativo	20 minutos
		Se creará un calendario rotatorio para que en cada turno haya una Enfermera, una Auxiliar y un Celador de referencia por posibles problemas o dudas entre los cuidadores	10 minutos
2ª SESIÓN	Identificar problemas de salud más frecuentes en el servicio de Urgencias y tipo de población (edad, raza, etc)	Explicación teórica con participación multidisciplinar	1 hora
		Presentación de la evidencia disponible de los diferentes problemas de salud	1 hora
	Horarios de frecuentación	Elaboración de presentación en power point	1 hora
		Preguntas, dudas y comentarios	
3ª SESIÓN	Definir qué aspectos y cómo actuar ante cada problema de salud	Homogenización multidisciplinar de criterios	2 hora
		Busqueda de situaciones cotidianas para grabación de vídeo	1 hora
	Diseñar ilustraciones para el montaje del vídeo	Vídeo	1 hora
	Elaborar recomendaciones para los cuidadores	Díptico	
		Diseños de recomendaciones para los cuidadores	1 hora

Preguntas, dudas y comentarios			
4ª sesión	Evaluar el programa	Cuestionario de satisfacción sobre el programa de educación para la salud	10 minutos

Se realizará una selección de temas de interés para los cuidadores que sirvan para que mejore el uso del servicio de urgencias, así como ayude a contribuir a aumentar los conocimientos y habilidades de los cuidadores sobre el manejo de la salud de sus hijos. Para ello, se utilizarán los principales motivos de consulta por los que acuden al Servicio de Urgencias.

Destacaremos: Fiebre, cefalea, tos, dolor abdominal, vómitos, diarrea, caídas y golpes, prevención de intoxicaciones, enfermedades exantemáticas frecuentes, trastornos de la agudeza visual, bronquiolitis, laringitis, catarro, gripe, cólico en el lactante, lactancia materna, alimentación en el primer año de vida y a partir del primer año, seguridad en el hogar, uso y funcionamiento del Servicio de Urgencias.

Es conveniente ofrecerles consejos a seguir que puedan fomentar los hábitos saludables en la sociedad mediante vídeos informativos que se proyecten en las pantallas de plasma de la sala de espera. Esta herramienta informativa y educativa proporciona un primer conocimiento sobre las características físicas-psíquicas así como asesoramiento y modo de actuar ante las principales patologías pediátricas de demanda en cuanto a la salud infantil (31, 32).

La metodología debe basarse en lanzar mensajes comprensibles que despierten interés en el ciudadano, que puedan ser entendidos fácilmente con actividades participativas y atractivas que se basen en los deseos, necesidades y demandas de la población a la que se destinan (33, 34, 35).

**2ª FASE: CUIDADORES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS****Tabla 4. Implementación y desarrollo CUIDADORES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS**

Dirigido a:		CUIDADORES DE PACIENTES que acuden al Servicio de Urgencias Pediátricas	
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES / TÉCNICA	TIEMPO
1ª SESIÓN	- Acoger al paciente	Se realizará la acogida del cuidador y del niño	5 minutos
	- Triage	Se clasificará al paciente según su gravedad	5 minutos
	- Acompañar al paciente a la sala de espera	Un celador se encargará tras el triaje de acompañar al niño y al cuidador a la sala de espera	10 minutos
	- Explicar los problemas de salud y cuidados que se van a presentar	Nombrar los problemas de salud/ cuidados que se van a desarrollar en las pantallas de plasma colocadas en la sala de espera	
	- Atención del niño y cuidador en el Servicio de Urgencias	Circuito asistencial	
	- Recomendaciones al alta	Entregar recomendaciones al alta documentadas y a su vez podrán verlas en la pantalla mientras esperan en la sala de espera	10 minutos
		ANEXO II: Recomendaciones al alta: La Fiebre	
		ANEXO III: Recomendaciones al alta: Dolores de cabeza	
		ANEXO IV: Recomendaciones al alta: Prevención de intoxicaciones	
		ANEXO V: Recomendaciones al alta: Síndrome Febril	
		ANEXO VI: Recomendaciones al alta: Bronquiolitis	
		ANEXO VII: Recomendaciones al alta: Técnica de utilización de una cámara de inhalación	
		ANEXO VIII: Recomendaciones al alta: Vigilancia y cuidados de vendajes y escayolas	

Se creará un archivo donde se incluyan todos los vídeos elaborados para su proyección.

Una vez elaborado el material divulgativo se diseñará el orden de proyección y el horario más adecuado para ejecutar los vídeos así como un

dispositivo que ejecute los vídeos diariamente de forma automática.

El periodo elegido para la proyección de los vídeos se llevará a cabo teniendo en cuenta que los fines de semana y la jornada de tardes (a partir de las 18 horas) se observa un incremento notable en la afluencia de pacientes.

Dispondremos de varias sesiones de programas diferentes según necesidades de la demanda. Tendremos una base de datos común donde incluiremos recomendaciones básicas de salud y problemas de salud que consultan durante todo el año y diferenciaremos un programa de verano y otro invernal. En el programa de verano proyectaremos vídeos relacionados con traumatismos, picaduras de insectos, prevención ante quemaduras solares, etc y en el de invierno predominarán los temas relacionados con enfermedades estacionales: gripe, bronquitis, catarro, laringitis, etc.



## 6. CONCLUSIONES

Con este proyecto se ha creado un programa de educación para la salud en el que se incluye tanto a los profesionales de enfermería como a los pacientes y cuidadores. Este programa de educación para la salud se centra en mejorar los conocimientos sobre los principales problemas de salud que consultan los cuidadores en el Servicio de Urgencias Pediátricas.

La mayoría de los cuidadores de población pediátrica se encuentran que ante situaciones de urgencia desconocen el modo de actuación. Esto crea inseguridad y ansiedad en la familia. Es por ello que el personal sanitario debemos darle mucha más importancia a la educación para la salud ya que mejoraríamos el servicio al usuario, ayudaríamos a la prevención de complicaciones dentro de las patologías y disminuiría la saturación de los Servicios de Urgencias (37, 38).

También, demuestra que la educación y el acompañamiento sistemático de enfermería equivalen a resultados satisfactorios en la reducción de complicaciones y disminuir la demanda de los usuarios, lo que implica mejoría de la calidad de vida en esos pacientes, una mayor satisfacción de los profesionales enfermeros y un mejor uso de los Servicios de Urgencias.

Mencionar a su vez, la importancia del trabajo multidisciplinar en todos los servicios hospitalarios y extrahospitalarios ya que la capacidad de resolver problemas y proponer soluciones en un equipo es siempre superior a la de una persona.

Para la mejor actuación en la clínica debe disponerse de las guías prácticas de trabajo unificadas en todos los servicios para prevención y control de enfermedades.

Personalmente me ha servido para acercarme a otro ámbito de la Enfermería como es la gestión y la mejora de la calidad, para mejorar el funcionamiento del servicio donde trabajo, adquirir más información

bibliográfica acerca de los problemas de salud y conocer cómo se estructura un programa de educación para la salud.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-.Mintegi S, Benito J, García S. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. An Pediatr [Internet]. 2004 [citado 14 Feb 2014]; 61(2):156-61. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/ct/revista/anales-pediatria-37/articulo/demanda-asistencia-un-servicio-urgencias-13064595>
- 2.- Elorza Arizmendi JFJ. Las urgencias pediátricas que acuden a centros hospitalarios. An Esp Pediatr [Internet]. 1998 [citado 14 Feb 2014]; 49:650. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/49-6-24.pdf>
- 3.-Byrne M, Murphy AV, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile and psychosocial characteristics. Ann Emerg Med [Internet]. 2003[citado 10 Feb 2014]; 41:309-18. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12605196](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12605196)
- 4.- Derlet R, Richards J, Kravitz R. Frequent overcrowding in U.S. emergency departments. Acad Emerg Med [Internet]. 2001[citado 10 Feb 2014]; 8:151-5. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11157291](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11157291)
- 5.- Pou J, Cambra FJ, Moreno J, Fernández Santervás Y. Estudio de la demanda urgente de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital infantil. An Esp Pediatr 1995;42:27-30.
- 6.- Lapeña López de Armentia S, Reguero Celada S, García Rabanal M, et al. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. An Esp Pediatr [Internet]. 1996[citado 20 Ene 2014]; 44:121-5. Disponible en: [www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-2-8.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-2-8.pdf)
- 7.- Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. Gac Sanit [Internet]. 1999 [citado 20 Ene2014];13(5):361-70.Disponible en:[www.researchgate.net/...and.../50463518164cbe3181.pdf](http://www.researchgate.net/...and.../50463518164cbe3181.pdf)
- 8.- Benayas Pagán M. et al. Evolución de la frecuentación en el Servicio de Urgencias del Hospital Torrecárdenas S.A.S. Almería. Años 1990-1994 Emergencias[Internet]. 1998 [citado 10 Feb 2014];10:5. Disponible en: [www.semes.org/revista/vol10\\_5/14-19.pdf](http://www.semes.org/revista/vol10_5/14-19.pdf)
- 9.- Williams A, O'Rourke P, Keogh S. Making choices: why parents present to the emergency department for non-urgent care. Arch Dis Child [Internet]. 2009[citado 20 Ene 2014];94:817-20. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19395399](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19395399)

10.- Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M, Travería Casanova J. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas. An Esp Pediatr [Internet]. 1996 [citado 2 Feb 2014]; 44: 97-104. Disponible en: [www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-2-3.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-2-3.pdf)

11.- Pou J, Benito J. Pediatría de urgencias: una nueva especialidad. An Esp Pediatr [Intranet]. 2002[citado 22 Feb 2014];56:1-4. Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Pediatrica%20de%20urgencias%20Nueva%20especialidad.pdf>

12.- Carrasco Sancho JM, Herras Pérez MC, Quintanal López AM. Triage y circuito asistencial en urgencias hospitalarias. En: Libro de Ponencias: Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Las Palmas; 1996.

13.- Mora Barba JM, Hernández Quiles I, López Gacía M. Protocolo de triage de enfermería en un Servicio de Urgencias Hospitalario. Valoración de los tres primeros meses de funcionamiento. En: Libro de Ponencias: Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Las Palmas; 1996.

14.- Bustamante Vega RM, Alonso Blas JC, Castro Maderal S. Unidad de triage: experiencia desde julio 1994. En: Libro de Ponencias: Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Las Palmas; 1996

15.- Robertson-Steel I. Evolution of triage systems. Emerg Med J [Internet]. 2006 [citado 14 Feb 2014]; 23(2): 154-155. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16439754](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16439754)

16.- Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Servicios de urgencias: indicadores de calidad de la atención sanitaria. An Pediatr [Internet]. 2004 [citado 14 Feb 2014]; 60:569-80. Disponible en: [www.seup.org/pdf\\_public/gt/mejora\\_indicadores.pdf](http://www.seup.org/pdf_public/gt/mejora_indicadores.pdf)

17.- Carbonell Torregrosa M.A., Girbés Borrás J., Calduch Broseta J.V. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. Emergencias [Internet]. 2006 [citado 14 Feb 2014];18:30-35. Disponible en: [dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1428070](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1428070)

18.- Pujol R, Giménez Requena A, Mayoral JM, Garreta JL, Biondo S, Capell S, et al. Programa de calidad de un Servicio de Urgencias Hospitalario. Evolución de los indicadores 1992-1994. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 1995 [citado 10 Mar 2014];2:53-9. Disponible en: [www.uv.es/~docmed/documed/documed/1273.html](http://www.uv.es/~docmed/documed/documed/1273.html)

19.- Navarro Villanueva R, López-Andújar Aguiriano L. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. Emergencias [Internet].

2005[citado 10 Mar 2014];17:209-214. Disponible en: [www.semes.org/revista/vol17\\_5/2.pdf](http://www.semes.org/revista/vol17_5/2.pdf)

20.- Etxebarria MJ, Silvestre C, Moros MA, Aréjola JM, Agorreta J, Oliván A. Estudio de los tiempos de permanencia en urgencias de los pacientes de medicina interna como instrumento de mejora de calidad. Rev Calidad Asistencial. 1997;12:372.

21.-<http://www.aeped.es/noticias/fiebre-representa-motivo-mas-frecuente-consulta-en-urgenciaspedia>

22.- [www.slideshare.net/vintaulles/urgencias-pediatricas-hospitalarias](http://www.slideshare.net/vintaulles/urgencias-pediatricas-hospitalarias)

23.- Miranda Viorklums C. et al. Consultas en Servicio de Urgencia Hospital Roberto del Río: ¿Cuáles son las razones de esta preferencia por sobre el nivel primario de atención?. Rev Ped Elec [Internet]. 2007 [citado 12 Mar 2014]; 4(2):0718-0918. Disponible en: [www.revistapediatria.cl/vol4num2/2.htm](http://www.revistapediatria.cl/vol4num2/2.htm)

24- Bayés R. El punto de vista del paciente en la práctica clínica hospitalaria. Med Clin [Internet]. 2000 [citado 12 Mar 2014];115:141-4. Disponible en: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775300714898](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775300714898)

25- Thompson DA, Yarnold PR, Adams SL, Spacone AB. How accurate are waiting time perceptions of patients in the emergency department?. Ann Emerg Med [Internet]. 1996 [citado 12 Mar 2014];28:652-5. Disponible en: [www.sciencedirect.com/.../pii/S0196064496700896](http://www.sciencedirect.com/.../pii/S0196064496700896)

26- López-Madurga ET, Mozota J, González I, Sánchez Y, Enriquez N, Moliner J. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. Emergencias [Internet]. 1999[citado 14 Feb 2014];11:184-90. Disponible en: [www.semes.org/revista/vol11\\_3/!pags184.-19.pdf](http://www.semes.org/revista/vol11_3/!pags184.-19.pdf)

27- Corbett SW, White PD, Wittlake WA. Benefits of an informal videotape for emergency department patients. Am J Emerg Med [Internet]. 2000 [citado 14 Feb 2014]; 18:67-71. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674537](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10674537)

28.- Salvador Suárez F.J., Millán Soria J. et al. Implantación de un plan de calidad en un servicio de urgencias y su impacto en la satisfacción del paciente. Emergencias [Internet]. 2013[citado 12 Mar 2014]; 25: 163-170. Disponible en: [http://www.semes.org/revista\\_EMERGENCIAS/descargar/implantacion-de-un-plan-de-calidad-en-un-servicio-de-urgencias-y-su-impacto-en-la-satisfaccion-del-paciente/force\\_download/english/](http://www.semes.org/revista_EMERGENCIAS/descargar/implantacion-de-un-plan-de-calidad-en-un-servicio-de-urgencias-y-su-impacto-en-la-satisfaccion-del-paciente/force_download/english/).

29.- Organización Mundial de la Salud [Acceso 28 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/es>

- 30.- Pérez Jarauta MJ, Echaury Ozcoide M, et al. Manual de educación para la salud. Instituto de Salud Pública. Navarra. [Internet] 2006 [citado 25 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.navarra.es>
- 31.- Medrano Mariscal J. Educar en la sala de espera de urgencias del HGZ 98.[Internet]. Disponible en: [www.filos.unam.mx/CNEPJ/categoriaB/Educar\\_en\\_la\\_sala.pdf](http://www.filos.unam.mx/CNEPJ/categoriaB/Educar_en_la_sala.pdf)
- 32.- Álvarez Álvarez B., Gorostidi Pérez J. et al. Estudio del triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias [Internet]. 1998 [citado 25 Mar 2014]; 10(2):100-103. Disponible en: [http://www.semes.org/revista\\_EMERGENCIAS/descargar/estudio-del-triage-y-tiempos-de-espera-en-un-servicio-de-urgencias-hospitalario/force\\_download/](http://www.semes.org/revista_EMERGENCIAS/descargar/estudio-del-triage-y-tiempos-de-espera-en-un-servicio-de-urgencias-hospitalario/force_download/)
- 33.- Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Guía sobre prevención de la Obesidad Infantil para profesionales de atención primaria 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
- 34.- Edo Martínez Á, Montaner Gomís I, Bosch Moraga A. et al. Estilos de vida, hábitos dietéticos y prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población infantil. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2010 [citado 15 Abr 14]; 12(45): 53-65.
- 35.- Escudero Carretero M.J., Pérez Corral O. et al. Evaluación de un servicio telefónico de prevención y promoción de salud infantil antes de su puesta en funcionamiento. Rev Calid Asist [Internet]. 2011[citado 15 Feb 14];26(3):168—173. Disponible en: [www.elsevier.es/.../evaluacion-un-servicio-telefonico-prevencion-promocion-salud-infantil](http://www.elsevier.es/.../evaluacion-un-servicio-telefonico-prevencion-promocion-salud-infantil).
- 36.- Hua TD, Vormfelde SV, Abu Abed M et al. Practice nursed-bases, individual and video-assisted patient education. Rev Fam Pract [Internet]. 2011[citado 15 Abr 2014] 10;12:17. Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/baccessentials08.pdf>
- 37.- Paola Pino A., Andrés Castillo M. Conocimientos adquiridos por padres en un programa educativo de reanimación cardiopulmonar básica pediátrica. Rev Chil Pediatr [Internet] 2012 [citado 17 May 2014]; 83 (3): 224-230. Disponible en: [www.scielo.cl/pdf/rcp/v83n3/art03.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v83n3/art03.pdf)
- 38.- Mendigure J., Huaman S., Ramos N., Valencia E. Efectividad de un programa de intervención educativa para la disminución de diarreas infantiles en Lima, Perú. Rev de Ciencias de la Salud[Internet]. 2007 [citado 17 May 2014]; 2(1):87-100.

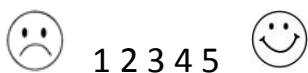
# ANEXOS

# ANEXO I

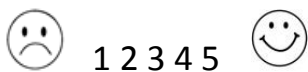
## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL CUIDADOR

Rodee con un círculo y valore del 1 al 5, siendo el 1 el valor de menor satisfacción y el 5 el de mayor, los enunciados expuestos a continuación.

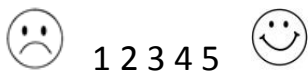
1. ¿Considera que el trato ofrecido por parte del personal sanitario ha estado a la altura de sus expectativas?



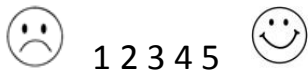
2. ¿Se siente conforme con la información, en relación a los cuidados, aportada por el personal de enfermería en el servicio de Urgencias?



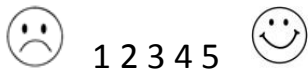
3. ¿La información en cuanto al modo de actuación ante diferentes problemas de salud fue explicada claramente en los vídeos divulgativos?



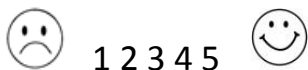
4. Si tuvo algún problema durante su estancia en el Servicio de Urgencias, ¿ el personal del Servicio le ayudó a resolverlo?



5. Considera que los problemas de salud expuestos en las pantallas de plasma son útiles para su vida cotidiana.



6. ¿Las recomendaciones al alta cree que se adecuan a la información que usted necesita para llevar a cabo los cuidados de su hijo en su domicilio?



Puntuación total: \_\_\_\_/ 30.

Porcentaje de satisfacción: \_\_\_\_/100%



## ANEXO II

### Recomendaciones al alta: La Fiebre

La fiebre es la elevación de la temperatura corporal por encima de 38°C. Cuando un niño tiene entre 37°C y 38°C (“décimas”), coloquialmente se habla de febrícula.

#### ¿CUÁL ES LA CAUSA?

Salvo muy raras excepciones, la fiebre es la respuesta del organismo a una infección. La causa más frecuente de fiebre en la infancia la constituyen las infecciones virales leves. En muy raras ocasiones la fiebre significa el inicio de enfermedades más graves.

#### ¿CÓMO RECONOCER LA PRESENCIA DE FIEBRE?

La fiebre suele acompañarse de una sensación de frío, malestar, cansancio, disminución del apetito,... que un niño mayor refiere sin dificultad. Muchas veces, un padre de un niño mayor ya sabe que éste tiene fiebre antes de tomarle la temperatura. Los días previos, es posible que el niño tenga molestias como dolor de cabeza, cansancio, dolor de piernas o que se encuentre “algo raro”.

La presencia de fiebre en el niño pequeño, sobre todo por debajo del año, no suele ser tan evidente. Podríamos decir que si sentimos caliente al niño, está lloroso o “raro”, o rechaza el alimento sería deseable registrar la temperatura que tiene. En los niños pequeños es preferible tomar la temperatura en el recto (es más fiable).

#### ¿ES NECESARIO HACER ALGUNA PRUEBA?

En la mayoría de los casos, no. En casos seleccionados, y en función de las enfermedades o problemas previos del niño o las características del proceso, el pediatra juzgará la conveniencia de practicar alguna prueba (análisis de sangre, orina, radiografías,...)

#### ¿QUÉ HACER?

La fiebre como tal no tiene ni necesita un tratamiento curativo. En ocasiones, existe tratamiento curativo del proceso que ocasiona la fiebre.

1. La fiebre suele originar, por sí misma, cierto malestar en el niño, por lo que, el bajar la temperatura le producirá cierto alivio. De todas maneras, no es necesario, recomendable, ni posible, en muchas ocasiones, que la temperatura del niño vuelva a la normalidad tras administrarle un antitérmico. Para bajar la temperatura, podemos recurrir a:

##### Antitérmicos:

Podemos utilizar indistintamente paracetamol o ibuprofeno a las dosis que habitualmente recomienda el pediatra.

El antitérmico es más eficaz y actúa más rápido si se da por boca y en forma de suspensión (“gotas” o “jarabe”). En ocasiones, los niños pueden rechazar la medicación por su sabor, por lo que se puede administrar con un poco de agua azucarada, zumo, etc.

La vía rectal (“supositorios”) es menos útil. La absorción es más irregular y, en ocasiones, los niños expulsan el supositorio una vez administrado, así que, salvo que el niño vomite o rechace persistentemente el tomar el antitérmico por boca, siempre administraremos el antitérmico por vía oral.

Medidas físicas:

Rara vez son necesarias. En caso de aplicarlas, lo haremos siempre acompañando la administración de antitérmicos. Las medidas físicas más extendidas son el baño de agua tibia (jamás fría) o el uso de paños húmedos tibios (humedecidos en agua, jamás en alcohol).

## 2. Administración de líquidos abundantes:

El niño con fiebre tiene unas necesidades de líquidos superiores a un niño sin fiebre. Esto se debe a varios motivos: la elevación de la temperatura de la piel incrementa las pérdidas de agua del niño y la misma fiebre hace que el niño tome menos líquidos.

Es bueno administrar líquidos (agua, zumos, leche,...) a un niño con fiebre, y el mejor momento para hacerlo es cuando ceda parcialmente la fiebre o siempre que el niño lo desee.

Aunque nos parezca que “bebe mucho” y “no come nada” no debemos limitar que tome líquidos.

## 3. ¿Qué es lo que no debemos hacer?

No administraremos al niño antibióticos antes de que sea visto el niño por el pediatra. En la gran mayoría de los procesos febriles de la infancia no es necesario dar antibióticos y la utilización incorrecta de éstos no está exenta de riesgos (reacciones indeseables en los niños como diarrea, molestias abdominales,...) y además puede favorecer la aparición de bacterias resistentes a los antibióticos.

Los antibióticos no sirven para que ceda la fiebre.

No fuerce al niño a comer. En la mayoría de las ocasiones sólo conseguirá que el niño se enfade y vomite el alimento. Salvo que el niño pida otra cosa, ofrézcale una dieta blanda (leche, zumos, yogures, galletas, etc.). Es frecuente que, en el contexto de un proceso febril que dura 2- 3 días, un niño pierda algo de peso y lo recupere posteriormente.

## ¿QUÉ VIGILAR?

En muchas ocasiones, la fiebre es el único síntoma que presentan los niños, sobre todo los pequeños, siendo la única expresión del proceso que les afecta (esto se conoce como “fiebre sin foco”). La fiebre sin foco en un niño pequeño significa en la gran mayoría de los casos el inicio de una enfermedad sin gravedad alguna, existiendo una serie de signos de alarma que nos pueden avisar de que el niño comienza con una enfermedad más importante:

Manchas: la gran mayoría de las ocasiones que un niño presenta manchas acompañando a la fiebre se deberán a enfermedades sin importancia. En estos casos, los niños se encuentran bien y las manchas suelen ser de un color rojo vivo y desaparecen al pasar la mano por encima.

De todas formas, aunque son muy infrecuentes, ciertas enfermedades graves (“sepsis” o “meningitis”) pueden comenzar así. En estos casos, los niños suelen tener aspecto de enfermedad, presentar manchas rojo oscuro (“rojo vinosas”) que no desaparecen al pasar la mano por encima de ellas, dolor de cabeza (o están muy irritables si son pequeños), vómitos, etc.

Si un niño, sobre todo pequeño, presenta fiebre de corta evolución, le aparecen manchas y no le encontramos bien, es recomendable acudir con prontitud a su pediatra o a un Centro Sanitario cercano.

Decaimiento o estado quejoso:

Es esperable que un niño con fiebre esté más mimoso y molesto, prefiera estar en casa y dormir más. Lo que no es esperable es que esté continuamente dormido, irritable continuamente o vomitando todo lo que ingiere. Si esto sucede es recomendable consultar.

Aparición de otros síntomas:

Otros síntomas ayudan a descubrir qué tipo de infección causa la fiebre. Así, la presencia de tos y “mocos” orientan hacia un proceso respiratorio, las molestias musculares hacia un proceso gripal, la presencia de diarrea hacia una gastroenteritis, etc.

Edad del niño:

Los signos de alarma son mucho menos evidentes en los niños más pequeños, sobre todo en los menores de 3 meses de edad. En estos niños también son más frecuentes las infecciones graves.

Aunque en la mayoría de las ocasiones en que un niño menor de 3 meses de edad presenta fiebre se deba a procesos sin importancia (cuadros virales), es recomendable que sea visto por el pediatra con prontitud, más aún si tiene menos de 1 mes de edad.

Recuerde que:

- Salvo muy raras excepciones, la fiebre es la respuesta del organismo a una infección.
- La causa más frecuente de fiebre en la infancia la constituyen las infecciones virales leves.
- La fiebre como tal no tiene ni necesita un tratamiento curativo.
- Es bueno administrar un antitérmico y abundantes líquidos (agua, zumos, leche,...) a un niño con fiebre. No debemos forzar al niño a comer.
- No administraremos al niño antibióticos antes de ser visto el niño por el pediatra.
- Pueden ser signos de alarma la aparición de manchas o el estado quejoso del niño

## ANEXO III

### Recomendaciones al alta: Dolores de Cabeza

Los dolores de cabeza, o cefaleas en términos médicos, son todos los originados en cualquiera de las estructuras de la cabeza sensibles al dolor: los vasos sanguíneos (el lugar en que más frecuentemente se originan) tanto los del interior del cerebro como los que van por la superficie del cráneo; los senos nasales; los ojos; los dientes; los músculos y algunos de los nervios que discurren por el territorio de la cabeza y el cuello. La masa cerebral en sí misma y la mayor parte de sus cubiertas (las meninges) son insensibles al dolor.

#### ¿POR QUÉ MOTIVOS LE PUEDE DOLER LA CABEZA A UN NIÑO?

El dolor de cabeza puede estar originado por diferentes motivos. En algunas ocasiones será el síntoma principal, mientras que en otras acompañará a otros síntomas. Esto puede ayudar a averiguar el origen. Podemos dividir las cefaleas en dos grandes grupos: las que tienen fiebre asociada y las que no.

Las que se acompañan de fiebre

Hay que tener en cuenta que la fiebre por sí misma puede originar dolor de cabeza e incluso cierto dolor en la nuca, por contracción de los músculos de esa zona. Característicamente desaparece al bajar la fiebre. Esto es frecuente encontrarlo en casos de otitis, sinusitis, amigdalitis, neumonía y, en general, cualquier infección que origine fiebre alta, aunque en general no va a tratarse de una enfermedad grave, como lo son algunos casos de meningitis, si el dolor de nuca se acompaña de vómitos y la cefalea es persistente es recomendable la consulta en un centro sanitario.

Las que no se acompañan de fiebre: principalmente se trata las migrañas y las cefaleas tensionales

1.- La MIGRAÑA es un motivo frecuente de dolor de cabeza en los niños. Alrededor de una tercera parte tienen su primer episodio de migraña a los 4-5 años. Para ser diagnosticado de migraña un dolor de cabeza debe reunir ciertos requisitos. En los niños las migrañas pueden tener las siguientes características:

- Duración de 2-72 horas.
- Cefaleas con al menos dos de las siguientes características:
- localizarse en una sien, aunque en menores de 10 años es más frecuente que sea en la frente o difusa.
- carácter pulsátil, como un latido.
- intensidad moderada – severa: los niños dejan de hacer sus actividades normales: estudiar, leer, jugar, ver la TV...
- empeora con la actividad física ("buscan la cama", mejoran con sueño).
- antecedentes migrañosos en padres, abuelos o hermanos, sobre todo en las mujeres. (ocurre en 70-90% de los casos).

Además, pueden tener,

- náuseas y/o vómitos y/o dolor abdominal.
- le molesta la luz (“fotofobia”) y/o el ruido (“fonofobia”).

Algunas veces los niños pueden notar antes del inicio del dolor de cabeza sensaciones raras como lucecitas, moscas volando, rayas negras, hormigueo en la cara o dedo, etc.. Son síntomas de corta duración y que no revisten gravedad. Estos síntomas se conocen con el nombre de aura.

Antes de empezar a tener crisis de migraña algunos de estos niños han tenido previamente lo que se llama “equivalentes migrañosos”: Vómitos y/o dolores abdominales de repetición, sin una causa aparente; crisis de vértigo, incluso en la época de lactante.

Aunque no siempre, en algunas ocasiones la crisis migrañosa se puede desencadenar por ciertos factores precipitantes: momentos de gran tensión psicológica; algunos alimentos (chocolate, quesos, comida china, té, cafeína, huevos...), bajadas del nivel de azúcar, ejercicio físico, hormonales (menstruación), exposición al sol o TV. En un porcentaje importante (15-50%), sobre todo en las niñas, asocian también crisis de cefaleas tensionales.

2.- Otra causa frecuente es la CEFALEA TENSIONAL. Estos suelen ser niños ansiosos, “muy sentidos” o muy responsables, que describen el dolor como continuo, localizado en la nuca u por toda la cabeza, sin ser pulsátil, ni molestarle la luz ni los ruidos, ni agravarse con la actividad física habitual. Con frecuencia se quedan pálidos, les duele la tripa y tienen vómitos.

Los niños que las padecen suelen tener episodios similares de repetición.

Existen otras muchas causas de dolor de cabeza sin fiebre, de las cuales la que más nos preocupa es la posibilidad de que este síntoma sea debido a un tumor cerebral. Esto último, es afortunadamente muy infrecuente y en general se asocian otros síntomas que pueden ayudar a hacer un diagnóstico temprano de la enfermedad. Otras causas relativamente frecuentes de dolor de cabeza en niños son:

- trastornos visuales (miopía, hipermetropía...): raramente causan cefalea intensa.
- cefaleas tras golpes previos en la cabeza, aunque no haya habido lesión en el cerebro.
- cefalea psicógena: es un síntoma frecuente en la depresión infantil.
- descensos bruscos del nivel de glucosa en sangre (hipoglucemia), tras haber vomitado de forma repetida o llevar muchas horas en ayuno.
- tras un ejercicio intenso

#### ¿CÓMO CONFIRMAR EL DIAGNOSTICO?

Para un diagnóstico correcto de la causa del dolor de cabeza es imprescindible una exploración neurológica, que puede ser realizada por el pediatra. Dependiendo de la historia clínica previa, los síntomas actuales y los hallazgos encontrados en la exploración neurológica decidirá realizar o no otras pruebas y si es precisa la consulta con el neurólogo infantil.

#### ¿CÓMO SE TRATAN LAS CEFALAS?

En todos los casos, pero especialmente en las migrañas, es recomendable mantener al niño tumbado, en un lugar tranquilo, sin ruidos, y con poca luz.

Se deben utilizar analgésicos distintos según la intensidad del dolor. Inicialmente se puede empezar con aspirina, paracetamol o ibuprofeno, a los que se puede asociar en ocasiones codeína. Su pediatra le instruirá en los tipos y dosis más adecuadas al dolor de su hijo.

En casos de migraña con elevado número de crisis puede estar indicado iniciar un tratamiento preventivo, que debe ser controlado por su pediatra ó Neuropediatra.

#### ¿CUÁNDO DEBE ACUDIR AL MÉDICO?

Si el niño ha tenido episodios previos similares, ya ha sido diagnosticado de migraña o cefalea tensional, y no hay síntomas nuevos no es preciso que acuda a su pediatra si los síntomas responden bien al tratamiento habitual.

Existen algunos signos de alarma, cuya presencia es necesaria comunicar rápidamente a su pediatra:

- Tiene fiebre alta, dolor en la nuca continuo, manchas en la piel ó afectación de su estado general
- La cefalea aparece con preferencia al levantarse de la cama, o despierta por la noche.
- El dolor empeora al cambiar de postura.
- Tiene un curso progresivo en días-semanas, es decir el dolor es casi diario y con una intensidad creciente.
- Asocia vómitos con mucha fuerza pero sin náusea previa (“en escopetazo”).
- Asocia un cambio progresivo en su carácter o comportamiento.
- ver doble o borroso
- tener inestabilidad al andar o estar simplemente de pie
- disminución de fuerza o sensibilidad en alguna de las extremidades
- dolor o rigidez cervical sin asociar fiebre.
- Si el dolor es de gran intensidad y no mejora con los analgésicos habituales.
- Cefaleas de frecuencia mayor de 1 crisis al mes.

#### RECUERDE QUE ...

- Es frecuente que los procesos febriles se acompañen de dolor de cabeza, coincidiendo con la subida de la fiebre. Esta cefalea suele desaparecer o mejorar al descender la fiebre.
- Las meningitis suelen dar lugar a dolor de cabeza intenso, continuo, independientemente del curso de la fiebre. Aunque no son las más frecuentes, hay que sospechar una meningitis bacteriana si el niño tiene fiebre alta, deterioro progresivo del estado general y manchas por el cuerpo de aparición progresiva. Necesitan con urgencia una consulta hospitalaria.
- Algunos niños, especialmente aquéllos con padres migrañosos, pueden tener crisis de migraña o jaquecas, que se repiten periódicamente. Es frecuente que asocien vómitos o dolor abdominal, así como fotofobia (les molesta la luz) y ganas de dormir.
- Todo dolor de cabeza necesita tratamiento analgésico: aspirina, paracetamol o ibuprofeno.

## ANEXO IV

### Recomendaciones al alta: Prevención de Intoxicaciones

#### ¿QUÉ ES UNA INTOXICACION?

En muchas ocasiones, los padres consultan porque su hijo ha contactado con una sustancia potencialmente dañina para la salud, bien, lo más común, por haberla ingerido, por contacto con la piel o por inhalación (respiración). Habitualmente son situaciones que no generan problemas importantes porque una intoxicación verdadera en la infancia es un accidente bastante infrecuente en la infancia. Es probablemente el accidente infantil más fácilmente evitable si adoptamos una serie de medidas preventivas muy fáciles de aplicar.

A diferencia de los adultos, la mayoría de las intoxicaciones que se dan en edad infantil se producen de manera accidental (involuntaria). Ocurren con mayor frecuencia cuando el niño tiene entre 1 y 3 años, edad que se caracteriza porque adquiere una mayor autonomía de movimientos y por su afán “investigador”. El que comiencen a caminar les facilita el acceso a lugares que, sólo unas semanas antes, eran inaccesibles para ellos y los padres consideran “seguros”.

#### ¿CÓMO PREVENIR LAS INTOXICACIONES?

##### Medidas preventivas generales

1. Conocimiento del teléfono del Centro Nacional de Toxicología (91 562 04 20). Funciona las 24 horas del día, todos los días del año.
2. Si ha de conservar algún medicamento, hágalo, si es posible, con su hoja informativa, y los productos domésticos con su etiquetado.

##### Medicamentos

1. Conserve en casa el menor número de medicamentos posibles: algún fármaco para la fiebre, cefalea, molestias menstruales, .... o los que necesite algún miembro de la familia por padecer algún trastorno crónico (tensión alta, diabetes, problemas de corazón,...)
2. Guarde siempre los medicamentos fuera del alcance de los niños. Nunca los almacene en su mesilla de noche. Pónganse de rodillas y prueben a alcanzar los medicamentos. Si no lo consiguen, el niño tampoco lo logrará.
3. Todos los medicamentos pueden tener efectos indeseables. Incluso los medicamentos aparentemente más seguros pueden tener efectos graves si se toman en una cantidad excesiva. Es el caso, por ejemplo, de las medicaciones que damos a nuestros hijos cuando tienen fiebre.
4. Si es posible, escoja siempre un preparado que tenga tapón de seguridad. Estos tapones evitan en gran manera el que los niños accedan al medicamento.

5. Una vez terminado el tratamiento por el que el medicamento ha sido prescrito a la familia, no guardar el resto. Llévelo a su farmacia y facilite el que sea reciclado.

#### Otros productos

1. Almacene los productos de limpieza fuera del alcance de los niños. Si los almacena debajo del fregadero, coloque un cierre de seguridad en el armario.
2. No guarde productos de limpieza en recipientes que puedan originar confusión en los niños (por ejemplo, aguarrás en una botella de agua).
3. Si los niños quieren estar con usted cuando realiza la limpieza de su vivienda (disfrutan “ayudándole”) preste especial atención a los productos de limpieza y evite que los niños accedan a ellos. Las advertencias, e incluso las amenazas, no son suficientes.
4. Si es posible, escoja siempre un producto que tenga tapón de seguridad. Esto se hace imprescindible en los productos más tóxicos (limpiaetrinas,...).
5. Revise el estado de los quemadores de su cocina, calentador y caldera. En el caso de que note algún olor extraño y tenga dolor de cabeza o sensación de mareo, saque a los niños de la vivienda y ventile la misma. Una vez aireada puede usted cerrar el paso del gas.

#### ¿QUÉ HACER SI PENSAMOS QUE EL NIÑO HA PODIDO INTOXICARSE?

1. Conserve la tranquilidad. En la gran mayoría de las ocasiones, la cantidad de una medicación o producto doméstico ingerida por un niño no le provocará ningún problema.

Tenga cautela con los consejos de otros familiares, amigos o vecinos: no siempre es bueno provocar el vómito, dar leche al niño, etc.

2. Si el niño se encuentra mal, utilice los recursos sanitarios:

2.1. En el caso de vivir cerca de un Hospital, acuda a su Servicio de Urgencias

2.2. En el caso de vivir lejos de un Hospital, contacte con el 112.

3. Si el niño se encuentra bien, apártelo del tóxico.

4. Lea el etiquetado. En el mismo puede aparecer información de gran importancia (composición del producto, si es o no es tóxico, teléfono del Centro Nacional de Toxicología,...)

5. Si tiene dudas o el niño presenta cualquier síntoma, llame al Centro Nacional de Toxicología y siga sus indicaciones.

6. En el caso de acudir a un Centro Sanitario:

6.1. Observe si quedan restos de tóxico en el suelo (pastillas, manchas por el jarabe o producto doméstico,...). Para un correcto tratamiento de su hijo, es muy importante que el médico pueda saber aproximadamente la cantidad de tóxico que su hijo ha ingerido.

6.2. Lleve al Centro el producto con su etiquetado.



Recuerde que:

- Las intoxicaciones son probablemente el accidente infantil más fácilmente evitable si adoptamos una serie de medidas preventivas muy sencillas
- Debemos almacenar en casa el menor número de medicamentos posibles
- Los productos del hogar deben guardarse en sus recipientes originales para evitar confusiones en los niños.
- Los medicamentos y los productos del hogar deben guardarse siempre fuera del alcance de los niños
- Conviene escoger productos con tapón de seguridad
- El teléfono del Centro Nacional de Toxicología es el 91 562 04 20

## ANEXO V

### Recomendaciones al alta: Síndrome Febril



#### RECOMENDACIONES EN EL SEGUIMIENTO DOMICILIARIO DEL SÍNDROME FEBRIL

Fiebre es la elevación de la temperatura a más de 38°C en la axila, o, más de 38,5°C en el recto, y generalmente representa una respuesta del organismo a la infección. Temperaturas entre 37°C y 38°C axilar (37,5°C -38,5°C rectal) se consideran febrícula. La causa más frecuente de fiebre en los niños es una infección vírica. La fiebre es un síntoma poco peligroso en sí mismo y el que sea más o menos elevada no guarda en general, relación con la gravedad de la enfermedad que la ha producido.

#### ¿QUÉ DEBE HACER?

- No decida que su hijo tiene fiebre poniéndole la mano sobre la frente, use el termómetro.
- Ofrézcale abundantes líquidos, sin forzarle.
- No ponga mucha ropa al niño.
- Bajar la fiebre no es fundamental, pero proporcionará alivio al niño. Por este motivo, no deben tratarse aquellas elevaciones febriles de escasa cuantía (por debajo de 38°C en la axila o 38,5°C rectal) o que no afecte al bienestar general del niño.
- Para tratar la fiebre se pueden utilizar los fármacos habituales como el paracetamol, o el ibuprofeno. Utilice las dosis adecuadas recomendadas por su pediatra y evite alternarlos.
- Aunque los baños de agua templada disminuyen poco la fiebre, pueden ayudar a los antitérmicos. No se debe bañarlo en agua fría ni utilizar paños con alcohol.

#### ¿CUANDO TIENE QUE VOLVER A URGENCIAS ?

Usted deberá consultar de nuevo con su pediatra o con nuestro servicio de urgencias si su hijo presenta los siguientes signos:

- Mal estado general.
  - Vómitos repetidos.
  - Manchas pequeñas en la piel de color rojo vinoso que no se van al apretarlas.
  - Decaimiento o adormecimiento intenso, incluso cuando les baja la fiebre.
- En los lactantes más pequeños además hay que vigilar:
- Irritabilidad y quejido no consolables.
  - Dificultad para tomar.
  - Si respira con dificultad.

Para detectar rápidamente estos hallazgos es necesario observar al niño incluso durante la noche; para ello es conveniente tenerle con poca ropa, con lo que conseguiremos, además, que baje mejor la temperatura.

A pesar de que su hijo no presente estos síntomas de alarma es conveniente un seguimiento de la fiebre por su pediatra, que verificará la buena evolución del niño y que además puede detectar algún foco que inicialmente no se manifestó por la corta evolución del cuadro.

Unidad de Urgencias de Hospital Infantil Universitario "Miguel Servet"

Zaragoza, Marzo 2012

P<sup>ra</sup> Isabel la Católica, 1-3  
50009 ZARAGOZA  
Tel.: 976 765500

## ANEXO VI

### Recomendaciones al alta: Bronquiolitis



#### RECOMENDACIONES PARA LA VIGILANCIA DOMICILIARIA EN LA BRONQUIOLITIS

Es la primera infección respiratoria aguda en un niño menor de 2 años, en la que existe una inflamación de los bronquios pequeños (bronquiolos). Generalmente está causada por virus. El niño presenta un cuadro catarral común con febrícula o fiebre, mucosidad nasal y tos. Progresivamente en las siguientes 24-48 horas inicia signos de dificultad respiratoria: respiración más rápida, fatiga con las tomas, pitido al respirar, retracciones costales (se le notan las costillas al respirar, se le hunde el pecho..).

##### ¿QUE DEBE HACER EN CASA?

- Lavados nasales con suero fisiológico ( antes de cada toma si tuviera mucosidad y entre tomas ).
- Levantar la cabecera de la cuna para que respire mejor.
- Lavado de manos de los familiares en contacto con el bebe
- Dar abundantes líquidos (si toma pecho aumentar el número de tomas ). Si se cansa o fatiga con las tomas hacer tomas más cortas pero más frecuentes.
- Airear frecuentemente la habitación donde esté el niño ( evitar humo, tabaco, ambientes secos, etc..).
- Si tuviera fiebre dar los antitérmicos que habitualmente le recomiende su pediatra.

##### ¿CUÁNDO DEBO VOLVER A URGENCIAS?

- Empeoramiento del estado general del bebe (más dormido, más aletargado..)
- Si aparece fatiga al respirar o mayor aumento respecto a la que tenía cuando ha consultado en urgencias.
- Si deja de realizar adecuadamente las tomas, rechazo de tomas, o fatiga importante con la toma.
- Si aumenta mucho la fiebre o ésta es difícil de controlar.

Recomendamos control por su pediatra.

Unidad de Urgencias de Hospital Infantil Universitario "Miguel Servet"

Zaragoza, Marzo 2012

Pº Isabel la Católica, 1-3  
50009 ZARAGOZA  
Tel.: 976 765500

## ANEXO VII

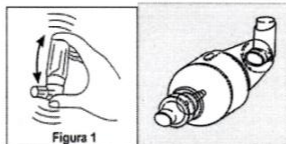
### Recomendaciones al alta: Técnica de utilización de una cámara de inhalación

1.- El niño debe permanecer sentado, en el caso de que sea muy pequeño lo sentaremos en nuestro regazo.



2.- Verifique que el inhalador no esté vacío. Compruebe su peso.

3.- Retire la tapa del inhalador, agítelo unos segundos y colóquelo en posición vertical en la parte posterior de la cámara.



4.- Sitúe la mascarilla alrededor de la boca y nariz procurando que ésta quede ocluida y el niño respire por la boca. De esta forma se consigue un mejor aprovechamiento del fármaco.

5.- Presione el inhalador, con la cámara en posición horizontal, y deje que el niño realice 6-7 respiraciones por cada pulsación antes de retirar la cámara.

6.- Espere 30 segundos antes de realizar una segunda pulsación. Durante este tiempo no es necesario quitar la cámara de la cara del niño.

7.- Retire el inhalador de la cámara, tápelo y guárdelo junto con la cámara en lugar seguro.

8.- Limpie su cámara una vez a la semana sumergiéndola en agua y jabón. Aclárela con abundante agua y déjela secar al aire. **INUNCA DEBE FROTARSE!**

9.- Si su hijo utiliza cámara de inhalación y como consecuencia de una reagudización de su proceso tiene que acudir al Servicio de Urgencias Pediátricas, no olvide traerla.



**salud**  
servicio aragonés  
de salud

**GOBIERNO  
DE ARAGON**  
Departamento de Salud y Consumo

### TÉCNICA DE UTILIZACIÓN DE UNA CÁMARA DE INHALACIÓN



Unidad de Urgencias Pediátricas  
HUMS, Zaragoza  
Marzo 2012

## ANEXO VIII

### Recomendaciones al alta: Vigilancia y cuidados de vendajes y escayolas



#### VIGILANCIA Y CUIDADOS DE VENDAJES Y ESCAYOLAS



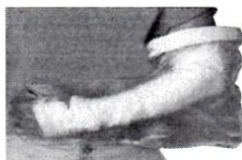
Unidad de Urgencias  
Pediátricas  
HUMS. Zaragoza  
Diciembre 2010

1.- Mantener el miembro vendado o escayolado en alto y realizar movimientos de los dedos varias veces al día.



2.- Vigilar temperatura, coloración e inflamación de las zonas distales del miembro escayolado, como signos de posible compresión del vendaje. Ante la aparición de alguna anomalía, acuda a su Pediatra o al Servicio de Urgencias para su revisión.

3.- Cuide el vendaje e intente mantenerlo lo más limpio posible. No lo moje. Para su aseo personal puede utilizar un protector plástico.



4.- No introducir entre la piel y el vendaje ningún objeto punzante si éste nos produce picor,



pueden producirse heridas que agravarían el proceso.

5.- Acudir a su Traumatólogo de Área para las siguientes revisiones previa petición de cita. Siga las indicaciones dadas en Urgencias.

6.- En caso de necesitar muletas puede contactar con Cruz Roja: c/ Joaquina Zamora, 6. Tlf: 976 224142. Allí, en concepto de alquiler, se las facilitarán presentando el DNI.

